



ISSN: 2595-1661

ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://portaldeperiodicos.capes.gov.br)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Perfil clínico e nutricional de adultos e idosos internados no pronto socorro de um hospital geral do Distrito Federal

Clinical and nutritional profile of adults and older adults admitted to the emergency department of a general hospital in the Federal District

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2909

ARK: 57118/JRG.v9i20.2909

Recebido: 02/01/2026 | Aceito: 08/02/2026 | Publicado on-line: 09/02/2026

Theo Moraes Ramos¹

<https://orcid.org/0000-0001-6742-5757>

<https://lattes.cnpq.br/9769279574803822>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF), DF, Brasil

E-mail: theoexpto@gmail.com

Haislan Carvalho de France²

<https://orcid.org/0009-0007-9678-1962>

<https://lattes.cnpq.br/9406947015842856>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF), DF, Brasil

E-mail: haislanhaislan@gmail.com

Graziela Cardoso Ornelas Lima³

<https://orcid.org/0009-0006-9849-2526>

<https://lattes.cnpq.br/5507047118995531>

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, DF, Brasil

E-mail: grazy.co@gmail.com

Marilisa Dantas Lima Teixeira⁴

<https://orcid.org/0000-0002-2838-8946>

<https://lattes.cnpq.br/6602485476619583>

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, DF, Brasil

E-mail: marilisa.xu@gmail.com



Resumo

Introdução: A desnutrição hospitalar permanece um problema relevante, especialmente em serviços de urgência e emergência, onde a elevada rotatividade de pacientes e a gravidade clínica podem dificultar a identificação precoce do risco nutricional. A avaliação nutricional na admissão é fundamental para subsidiar intervenções oportunas, sobretudo em idosos, população mais suscetível a desfechos clínicos desfavoráveis. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no pronto-socorro de um hospital geral do Distrito Federal. Foram avaliados 247 pacientes adultos e idosos internados nas salas vermelha e amarela, entre abril e agosto de 2025. A coleta de dados incluiu informações demográficas, clínicas e antropométricas, além da aplicação dos instrumentos *Nutrition Risk Screening* (NRS-2002) (KONDRUP *et al.*, 2002) para triagem de risco nutricional e *Global Leadership*

¹ Graduado em Nutrição pelo CEUB, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma pela ESPDF.

² Graduado em Nutrição pelo UNIEURO, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma pela ESPDF.

³ Graduada em Nutrição pela Universidade de Brasília, Mestre em Ciências para a Saúde - Saúde do Idoso pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Especialização em Nutrição Clínica Funcional pela Universidade Cruzeiro do Sul e Especialização em Cuidados Paliativos pela Faculdade Unyleya.

⁴ Graduada em Nutrição pela Universidade de Brasília, Especialização em Nutrição Clínica Enteral e Parenteral pelo GANEP/ESCS.



Initiative on Malnutrition (GLIM-2018) (CEDERHOLM *et al.*, 2019) para diagnóstico de desnutrição. As análises estatísticas envolveram testes bivariados e regressão de Poisson com variância robusta, adotando-se nível de significância de 5%. **Resultados e Discussão:** A amostra foi composta majoritariamente por adultos (71,66%), com média de idade de $50,36 \pm 16,87$ anos e distribuição equilibrada entre os sexos. Observou-se risco nutricional em 25,9% dos pacientes, segundo a NRS-2002 (KONDRUP *et al.*, 2002), e prevalência de desnutrição de 16,5% pelo critério GLIM-2018 (CEDERHOLM *et al.*, 2019), sendo mais frequente entre os idosos. Apesar da elevada prevalência de sobrepeso (58,29%), pacientes sem excesso ponderal apresentaram maior risco nutricional e maior prevalência de desnutrição. A idade avançada associou-se significativamente ao risco nutricional e à desnutrição grave, enquanto o sexo não apresentou associação estatística. Pacientes com risco nutricional apresentaram maior prevalência de doenças crônicas como causa de internação. **Conclusão:** Os resultados evidenciam um cenário complexo de transição nutricional no pronto-socorro do hospital avaliado, caracterizado pela coexistência de excesso de peso e risco nutricional, especialmente entre idosos. O estudo reforça a importância da triagem nutricional precoce e do uso combinado de instrumentos validados, como NRS-2002 (KONDRUP *et al.*, 2002) e GLIM-2018 (CEDERHOLM *et al.*, 2019), para evitar a subestimação da desnutrição em pacientes com IMC elevado. Recomenda-se a implementação de protocolos assistenciais que incluam a avaliação da composição corporal e da funcionalidade, visando à intervenção nutricional oportuna e à melhoria dos desfechos clínicos.

Palavras-chave: Estado nutricional. Avaliação nutricional; Perfil de saúde; Desnutrição; Adulto. Idoso.

Abstract

Introduction: Hospital malnutrition remains a relevant problem, especially in urgent and emergency care settings, where high patient turnover and clinical severity can hinder the early identification of nutritional risk. Nutritional assessment at hospital admission is essential to support timely interventions, particularly among older adults, a population more susceptible to unfavorable clinical outcomes. **Methodology:** This is an observational, cross-sectional, and descriptive study with a quantitative approach, conducted in the emergency department of a general hospital in the Federal District. A total of 247 adult and older adult patients admitted to the red and yellow areas between April and August 2025 were evaluated. Data collection included demographic, clinical, and anthropometric information, as well as the application of the Nutrition Risk Screening (NRS-2002) (KONDRUP *et al.*, 2002) tool for nutritional risk screening and the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM-2018) (CEDERHOLM *et al.*, 2019) criteria for the diagnosis of malnutrition. Statistical analyses included bivariate tests and Poisson regression with robust variance, adopting a 5% significance level. **Results:** The sample consisted predominantly of adults (71.66%), with a mean age of 50.36 ± 16.87 years and an even distribution between sexes. Nutritional risk was identified in 25.9% of patients according to the NRS-2002 (KONDRUP *et al.*, 2002), and the prevalence of malnutrition based on GLIM-2018 (CEDERHOLM *et al.*, 2019) criteria was 16.5%, being more frequent among older adults. Despite the high prevalence of overweight (58.29%), patients without excess body weight showed higher nutritional risk and a greater prevalence of malnutrition. Advanced age was significantly associated with nutritional risk and severe malnutrition, whereas sex showed no statistical association. Patients at nutritional risk had a higher prevalence of chronic diseases as the cause of hospitalization. **Conclusion:** The findings reveal a complex



scenario of nutritional transition in the hospital emergency department, characterized by the coexistence of overweight and nutritional risk, especially among older adults. The study reinforces the importance of early nutritional screening and the combined use of validated tools, such as NRS-2002 (KONDRUP et al., 2002) and GLIM-2018 (CEDERHOLM et al., 2019), to avoid underestimation of malnutrition in patients with high BMI. The implementation of care protocols that include the assessment of body composition and functionality is recommended, aiming at timely nutritional intervention and improved clinical outcomes.

Keywords: Nutritional status. Nutritional assessment; Health profile; Malnutrition; Adult. Older adult.

1. Introdução

O pronto-socorro (PS) é o setor do hospital destinado à assistência a pacientes com agravos à saúde que necessitam de atendimento imediato, pois há risco de morte (emergência), ou mesmo que não haja esse risco (urgência), com atendimento durante as 24 horas do dia. As unidades do PS devem ser capazes de atender os casos de urgência e emergência e são, muitas vezes, a porta de entrada e principal local de triagem dos serviços de saúde. (FILHO *et al.*, 2018).

O PS diversas vezes possui uma demanda espontânea maior do que a prevista, gerando uma dinâmica intensa de atendimentos que necessita de uma equipe capacitada e estruturada, tanto quantitativamente, quanto qualitativamente. No Brasil, o fluxo inverso de pacientes entre os serviços de saúde da rede básica e os serviços de alta complexidade geram constantemente superlotação das unidades do PS. Somando-se a este cenário, a imprevisibilidade da demanda em conjunto com gravidade e complexidade dos casos torna o PS desafiador e um dos setores mais importantes do hospital, onde a assistência prestada deve ser preparada para todas as adversidades possíveis (FILHO *et al.*, 2018). Apesar disso, a demanda do PS pode ter certa previsibilidade devido à sazonalidade, por exemplo, como sugere um estudo em atendimento de emergência por asma no Gama-DF que teve maiores casos de asma no mês de março e concentrações menores nos meses de agosto e setembro. (VALENÇA *et al.*, 2006).

A avaliação do risco nutricional na admissão do indivíduo no PS é importante para o estabelecimento de prioridades e para a intervenção nutricional adequada (ALVES *et al.*, 2017). A avaliação ou triagem do estado nutricional feita de forma adequada em até 72 horas da admissão contribui para diminuir a perpetuação da problemática da desnutrição no ambiente hospitalar (LATY *et al.*, 2020). Estudos nacionais mostram que, dentre os pacientes admitidos no PS, há uma taxa de 48,7 a 63% de risco de desnutrição. Em uma pesquisa realizada dentro do PS de um hospital público do DF foi observado Distrito Federal 50,85% da amostra apresentava risco de desnutrição e 26,27% apresentava diagnóstico de desnutrição (OLIVEIRA *et al.*, 2024). Além do fato de que a mortalidade é maior entre estes (ALVES *et al.*, 2017; KAMI *et al.*, 2017).

A desnutrição está presente em 48% dos pacientes hospitalizados no Brasil, de acordo com o estudo IBRANUTRI (CORREIA; CAIAFFA; WAITZBERG, 1998). Ela pode acarretar diversas complicações como aumento no tempo de internação, risco elevado de complicações cirúrgicas, dificuldade no processo de cicatrização, pior resposta imunológica (TOLEDO *et al.*, 2018). Quanto mais cedo é feita a detecção do risco nutricional ou da desnutrição, maior o benefício da terapia nutricional (BOTTONI *et al.*, 2014; TOLEDO *et al.*, 2018). De acordo com o BRAINS, estudo nacional realizado por Borghi R *et al.* (2013), 24% dos adultos internados estão desnutridos ou com suspeita de desnutrição, utilizando como ferramenta para essa avaliação a Avaliação Subjetiva Global



do Estado Nutricional (ASG), considerada padrão-ouro para triagem e avaliação nutricional, e 69,2% dos idosos internados foram considerados com risco de desnutrição ou desnutrição evidenciado pela Mini Avaliação Nutricional (MAN), chegando a um valor médio de desnutrição / risco de desnutrição de 46,6%, corroborando com os dados observados no IBRANUTRI, estudo brasileiro multicêntrico realizado com quatro mil pacientes na década de 90 (CORREIA; CAIAFFA; WAITZBERG, 1998).

A intervenção nutricional precoce feita adequadamente impacta de forma positiva no prognóstico e na qualidade de vida dos pacientes, contribuindo com sua melhor evolução clínica e reduzindo o tempo e os custos de internação. É fundamental que a instituição conte com profissionais capazes de identificar os pacientes com risco de desnutrição ou desnutridos para oferecer o cuidado nutricional adequado em cada caso (BOTTONI *et al.*, 2014).

A compreensão do estado nutricional do paciente admitido em âmbito hospitalar é primordial, sendo possível identificar distúrbios nutricionais e intervir sobre eles de forma mais adequada. O PSo tem características próprias como alta rotatividade, necessidade de atendimento imediato e uma equipe constantemente sobrecarregada. Portanto, a identificação do perfil clínico e nutricional dos pacientes internados no PS do hospital e o fornecimento de dados estatísticos permite otimizar o cuidado nutricional e a qualidade do atendimento.

Considerando a população estudada, estima-se que o presente estudo encontre um percentual de pacientes em risco nutricional, obtido pela Triagem de Risco Nutricional (NRS-2002) (Kondrup *et al.*, 2003), superior a 40%, conforme dados epidemiológicos brasileiros (CORREIA; CAIAFFA; WAITZBERG, 1998).

Pacientes idosos são mais suscetíveis a desnutrição que pacientes adultos e necessitam de maior assistência nutricional e apresentam maior tempo de internação. Assim, espera-se encontrar uma proporção maior de idosos desnutridos ou em risco de nutrição em relação aos menores de 60 anos (BORGHI *et al.*, 2013).

Sendo assim, o presente artigo tem como objetivo identificar o perfil nutricional e clínico de pacientes adultos e idosos internados na Sala Vermelha e Sala Amarela (clínicas médica, cirúrgica e traumato-ortopedia) no pronto socorro do Hospital Região Leste (HRL) durante o período de abril de 2025 até agosto de 2025.

2. Metodologia

O presente trabalho trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. Foram incluídos pacientes adultos e idosos, com idade superior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, admitidos em até 72 horas na Sala Vermelha e Sala Amarela (clínicas médica, cirúrgica e traumato-ortopedia) do pronto socorro do Hospital Região Leste (HRL), durante o período de abril de 2025 até agosto de 2025.

Foram excluídos da pesquisa as gestantes, pacientes amputados, com edema em qualquer grau e aqueles internados pela traumato-ortopedia que, apesar de conseguirem permanecer em pé, estejam em uso de tala gessada em qualquer região.

Os pacientes foram previamente triados no sistema de prontuário eletrônico para seleção dos que se encaixam melhor no escopo da pesquisa e posteriormente abordados pelos pesquisadores e recrutados para a pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes. O paciente foi convidado para participar da pesquisa de forma clara e objetiva e foram aceitos apenas os participantes que concordaram com os termos esclarecidos pelo TCLE. Na abordagem ao paciente, foram explicados os riscos e benefícios de se participar da pesquisa e foram



esclarecidas as dúvidas que o participante da pesquisa apresentou. A antropometria e a triagem nutricional foram realizadas pelos próprios pesquisadores dentro das primeiras 72 horas da admissão do paciente. Os dados clínicos (comorbidades) e demográficos (idade e sexo) foram coletados diretamente do sistema de prontuário eletrônico utilizado na instituição (InterSystems TrakCare®) e compilados em formulário próprio, onde também foram registrados os dados antropométricos dos pacientes e os resultados das avaliações realizadas. Posteriormente todos os dados foram tabulados em planilha do Software Microsoft Office Excel 2013 para serem analisados.

Por meio do formulário foram registrados os seguintes dados: sexo, idade, comorbidades, peso (aferido ou estimado), altura (aferida ou estimada), circunferência do braço (CB), circunferência da panturrilha (CP), altura do joelho (AJ), peso usual e foi calculado o índice de massa corporal (IMC). Neste formulário o pesquisador relatou se o peso e altura foram aferidos ou estimados. Após essa etapa foi realizada a triagem de risco nutricional através da Nutrition Risk Screening (NRS-2002) (KONDRUP *et al.*, 2002) e o diagnóstico nutricional por meio da Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM-2018) (CEDERHOLM *et al.*, 2019) e esses dados foram registrados no formulário de coleta.

As informações clínicas foram obtidas no prontuário eletrônico institucional (InterSystems TrakCare®), a partir dos diagnósticos registrados na admissão. Para análise, os diagnósticos foram padronizados e agrupados em três categorias clínicas, definidas: (1) doenças crônicas e suas complicações; (2) eventos agudos e suas complicações; e (3) doenças infecciosas e suas complicações.

Considerou-se doenças crônicas e suas complicações as condições de curso prolongado e/ou com necessidade de acompanhamento contínuo (ex.: doenças cardiovasculares e metabólicas, doença renal crônica, doenças pulmonares crônicas, neoplasias e outras), incluindo agudizações/complicações relacionadas.

Considerou-se eventos agudos e suas complicações as condições de início súbito que motivaram atendimento emergencial (ex.: trauma, fraturas, eventos cardiovasculares agudos, eventos neurológicos agudos, abdome agudo e outras intercorrências clínicas agudas), incluindo suas complicações.

Considerou-se doenças infecciosas e suas complicações os quadros infecciosos ativos (ex.: pneumonia, infecção do trato urinário, sepse e outras infecções), incluindo complicações associadas.

Quando o paciente apresentava diagnósticos pertencentes a mais de uma categoria, foi classificado em categorias combinadas (como demonstrado na Tabela-02: “doenças crônicas e complicações / eventos agudos e complicações”). A categoria “Nega” corresponde a pacientes que negaram comorbidades na admissão ou sem registro de comorbidades/diagnósticos prévios no prontuário.

O peso dos participantes foi aferido por meio de balança digital da marca Multilaser® com peso máximo suportado de 180 kg. A aferição foi realizada duas vezes para se ter maior precisão sendo feita a média dos dois valores obtidos, em superfície plana e lisa, afastado da parede, e solicitado que o paciente se posicione no centro da balança, com pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo, em plano de Frankfurt, utilizando o mínimo de roupa possível (LOHMAN *et al.*, 1988). Na impossibilidade de sua aferição, caso o paciente esteja restrito ao leito, foi utilizado o peso estimado através da fórmula preditiva de Chumlea *et al.* (1988), que utiliza as medidas de circunferência do braço, da altura do joelho e a idade.

A altura foi coletada duas vezes a fim de se obter maior acurácia sendo feita a média dos dois valores obtidos com estadiômetro da marca Charder® com altura máxima de 235 cm ou com a fórmula preditiva de Chumlea *et al.* (1985), utilizando a medida da



altura do joelho para estimá-la nos casos em que o paciente não consiga permanecer em pé como por exemplo: atrofia muscular, sequela de trauma crânio-encefálico, sequela de acidente vascular cerebral, hemiparesia e tetraparesia.

No estadiômetro foi solicitado que o paciente se posicionasse de forma ereta na haste vertical, joelhos esticados, pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo, cabeça erguida, em plano de Frankfurt, comprimida a haste móvel até o cabelo e realizada a leitura da estatura.

A altura do joelho foi medida duas vezes com fita inelástica e solicitado que o paciente realizasse a flexão da perna em um ângulo de 90° com o joelho, posicionado a base da fita no calcanhar e estendendo paralelamente à tíbia até a borda superior da patela.

O IMC foi calculado utilizando o peso em quilogramas (kg) dividido pela altura em metros (m) ao quadrado. O IMC dos adultos foi determinado segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000) e o IMC dos idosos segundo a classificação de Lipschitz (1994).

As medidas de altura do joelho, circunferência da panturrilha e circunferência do braço foram aferidas pelos pesquisadores, utilizando fita métrica inelástica previamente higienizada, sendo registradas no formulário de coleta de dados. Neste formulário, ao anotar os valores obtidos, o pesquisador especificou de que lado do corpo a medida foi coletada - esquerdo (E) ou direito (D).

A altura do joelho (AJ) foi aferida duas vezes para se ter maior acurácia sendo feita a média dos dois valores obtidos, com a perna do paciente posicionada em ângulo de 90° em relação à coxa, medindo a partir do calcanhar e alongando a fita paralelamente à tíbia, até a borda superior da patela.

A circunferência do braço (CB) foi aferida duas vezes para se ter maior precisão sendo feita a média dos dois valores obtidos. Inicialmente, foi realizada a medida entre o acrômio da escápula e o olécrano da ulna com o braço do paciente flexionado a 90°, sendo que sua metade constitui o ponto médio do braço. Posteriormente, foi aferida a circunferência deste ponto médio. A circunferência da panturrilha (CP) foi medida com o paciente mantendo os pés afastados 20 cm um do outro na máxima extensão da panturrilha, sem fazer compressão (Lohman *et al.*, 1988).

Para triagem nutricional foi utilizada a NRS-2002 (KONDRUP *et al.*, 2002) uma ferramenta composta por dois blocos: a triagem inicial, que é composta por quatro perguntas: sobre o valor do IMC, existência de perda de peso nos últimos 3 meses; se houve redução da ingestão dietética na última semana e se o paciente grave é gravemente doente. Sendo "sim" para qualquer um dessas perguntas, segue-se para a triagem final, que engloba a deterioração do estado nutricional e gravidade da doença.

Para cada bloco, é atribuída uma pontuação conforme o grau de comprometimento do quesito em avaliação. Se a soma da pontuação dos dois blocos for menor que 3 pontos, o paciente será classificado como "SEM RISCO NUTRICIONAL"; caso seja igual ou maior que 3 pontos, o resultado será "COM RISCO NUTRICIONAL". Caso o paciente tenha 70 anos ou mais, será acrescido 1 ponto à pontuação dos 2 blocos, considerando ser a idade um fator de risco adicional que deve ser contemplado no estado nutricional.

A ferramenta utilizada para diagnóstico nutricional foi a GLIM-2018 (CEDERHOLM *et al.*, 2019) Consiste em um método para diagnóstico de desnutrição que consiste em critérios etiológicos e fenotípicos. Para o diagnóstico de desnutrição, é necessário apresentar um critério etiológico (ingestão ou absorção alimentar; gravidade da doença/inflamação) e um critério fenotípico (perda de peso não



intencional; baixo IMC; redução de massa muscular). Após é classificado o grau da desnutrição (definido pelo critério fenotípico), podendo ser moderado ou grave, e relacionado com o contexto da desnutrição (doença crônica com inflamação, doença crônica com inflamação mínima ou imperceptível; doença aguda ou injúria com inflamação grave; fatores socioeconômicos ou ambientais).

As análises foram realizadas nos programas Stata (versão 13.0). Para a análise descritiva foram calculadas medidas de frequência absoluta e relativa, de tendência central e dispersão. Para a análise bivariada, foi aplicado o teste de Qui-Quadrado de Pearson, o Teste Exato de Fisher e o Qui-Quadrado de Tendência Linear.

Como medida de associação foi aplicada a Razão de Prevalência bruta (RP) com intervalo de confiança (IC) de 95%. A fim de retirar possíveis fatores de confundimento, foi realizada a análise estatística multivariada por meio de Regressão de Poisson com variância robusta, considerando-se o número de variáveis independentes obtidas pela análise bivariada ($p < 0,20$). Foram considerados significativos os testes que apresentaram valor inferior a 0,05.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) com o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 84160524.6.0000.5553.

3. Resultados e Discussão

Foram avaliados 247 pacientes admitidos no pronto-socorro do Hospital da Região Leste (HRL). A amostra apresentou uma média de idade de $50,36 \pm 16,87$ anos e foi composta majoritariamente por adultos. Houve uma distribuição equilibrada entre os sexos, sendo 51,42% do sexo feminino e 48,58% do masculino.

Tabela 01 – Perfil demográfico de adultos e idosos internados no Pronto-Socorro de um Hospital Geral do Distrito Federal, 2025 (N= 247)

Variáveis	N	%
Idade		
Adultos	177	71,66
Idosos	70	28,34
Sexo		
Masculino	120	48,58
Feminino	127	51,42

N: tamanho amostral; %: percentual

Quanto ao perfil clínico, as doenças crônicas e suas complicações foram o motivo de internação mais frequente (40,08%), seguidas pelos eventos agudos (31,98%). As comorbidades que apresentaram menor prevalência foram eventos agudos associados a doenças infecciosas (0,40%) e doenças infecciosas (3,24%).



Tabela 02 – Perfil de comorbidades de adultos e idosos internados no Pronto-Socorro de um Hospital Geral do Distrito Federal, 2025 (N=247)

Comorbidades	N	%
Nega	30	12,15
Doenças crônicas e complicações	99	40,08
Doenças crônicas e complicações / Eventos agudos e complicações	25	10,12
Doenças infecciosas e complicações	8	3,24
Eventos agudos e complicações	79	31,98
Eventos agudos e complicações / Doenças infecciosas e complicações	1	0,40
Eventos agudos e complicações / Doenças infecciosas e complicações / Doenças crônicas e complicações	5	2,02

N = tamanho amostral; % = percentual.

O perfil nutricional encontrado está escrito nas Tabelas 3, 4 e 5 abaixo.

Tabela 03 – Perfil nutricional segundo a NRS-2002 de adultos e idosos internados no Pronto-Socorro de um Hospital Geral do Distrito Federal, 2025 (N=247)

NRS-2002	N	%
Sem risco nutricional	183	74,09
Com risco nutricional	64	25,91

N: tamanho amostral; %: percentual

Tabela 04 – Diagnóstico nutricional segundo GLIM de adultos e idosos internados no Pronto-Socorro de um Hospital Geral do Distrito Federal, 2025 (N=247)

GLIM - 2018	N	%
Não desnutrido	206	83,40
Desnutrição Moderada Relacionada a Evento Agudo	11	4,45
Desnutrição Moderada Relacionada a Doença Crônica e Evento Agudo	1	0,40
Desnutrição Moderada Relacionada a Doença Crônica com Inflamação	10	4,05
Desnutrição Moderada Relacionada a Circunstâncias Sociais e Evento Agudo	1	0,40
Desnutrição Moderada Relacionada a Circunstâncias Sociais e Evento Agudo	9	3,64
Desnutrição Grave Relacionada a Doença Crônica e Evento Agudo	2	0,81
Desnutrição Grave Relacionada a Doença Crônica com Inflamação	7	2,83

N: tamanho amostral; %: percentual

Em contraste, a avaliação pelo Índice de Massa Corporal (IMC) demonstrou um cenário de excesso de peso. Apenas 2,02% da amostra apresentou baixo peso, enquanto a prevalência combinada de sobrepeso (38,46%) e obesidade (19,83%) atingiu mais da metade da população estudada, segundo classificação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000). Um achado crítico foi a associação inversa entre IMC e o diagnóstico de



desnutrição pelo GLIM-2018 (CEDERHOLM *et al.*, 2019), onde o excesso de peso atuou estatisticamente como um "fator de proteção".

Tabela 05 – Perfil nutricional segundo o Índice de Massa Corporal de adultos e idosos internados no Pronto-Socorro de um Hospital Geral do Distrito Federal, 2025 (N=247)

Índice de Massa Corporal	N	%
Eutrofia	98	39,68
Baixo peso	5	2,02
Sobrepeso	95	38,46
Obesidade grau I	33	13,36
Obesidade grau II	11	4,45
Obesidade grau III	5	2,02

N: tamanho amostral; %: percentual

Ao associar o IMC com o diagnóstico nutricional, observou-se que pacientes classificados sem excesso de peso (eutróficos ou baixo peso) apresentaram frequências significativamente maiores de risco nutricional pela NRS-2002 (KONDRUP *et al.*, 2002) e de desnutrição pelo GLIM-2018 (CEDERHOLM *et al.*, 2019) ($<0,001$) quando comparados aos pacientes com sobrepeso ou obesidade.

Tabela 06 - Associação entre diagnóstico nutricional segundo o Índice de Massa Corporal e os instrumentos de triagem e avaliação nutricional em pacientes adultos e idosos internados no Pronto-Socorro de um Hospital Geral do Distrito Federal, 2025 (N=247).

Instrumentos	Índice de Massa Corporal		P valor
	Sem Excesso de Peso N (%)	Com Excesso de peso N (%)	
NRS (2002)			
Sem risco nutricional	67 (36,61)	116 (63,39)	0,006*
Com risco nutricional	36 (56,25)	28 (43,75)	
GLIM (2018)¹			
Não desnutrido	76 (36,89)	130 (63,11)	<0,001*
Desnutrição moderada	13 (56,52)	10 (43,48)	
Desnutrição grave	14 (77,78)	4 (22,22)	

N: tamanho amostral; %: percentual. $P<0,05^*$ = significância estatística.

A idade também se mostrou um fator determinante. Os idosos apresentaram significativamente mais risco nutricional ($<0,001$) e maior prevalência de desnutrição grave ($<0,001$) em comparação aos adultos jovens. Não houve associação estatística significativa entre o sexo e o risco ou diagnóstico de desnutrição.



Tabela 07 - Associação entre idade e os instrumentos de triagem e avaliação nutricional em pacientes de adultos e idosos internados no Pronto-Socorro de um Hospital Geral do Distrito Federal, 2025 (N=247)

Instrumentos	Idade		P valor
	Adultos N (%)	Idosos N (%)	
NRS (2002)			
Sem risco nutricional	147 (80,33)	36 (19,67)	<0,001*
Com risco nutricional	30 (46,88)	34 (53,13)	
GLIM (2018)¹			
Não desnutrido	156 (75,73)	50 (24,27)	<0,001*
Desnutrição moderada	14 (60,87)	9 (39,13)	
Desnutrição grave	7 (38,89)	11 (61,11)	

N: tamanho amostral; %: percentual. P<0,05*= significância estatística.

A análise de regressão de Poisson demonstrou que pacientes com risco nutricional (NRS-2002) (KONDRUP *et al.*, 2002) apresentaram 2,6 vezes mais prevalência de ter doenças crônicas como causa de internação (RP: 2,6; IC: 1,01-6,69). Além disso, a análise ajustada confirmou que pacientes sem excesso de peso tiveram uma prevalência 2,29 vezes maior de serem diagnosticados com desnutrição pelo GLIM (CEDERHOLM *et al.*, 2019), independentemente de sexo e idade.

O presente estudo buscou identificar o perfil clínico e nutricional de pacientes em um serviço de urgência e emergência. O principal achado foi a coexistência de uma alta prevalência de excesso de peso (58,29%) com uma taxa de quase 26% de risco nutricional, sugerindo um cenário complexo de má nutrição no pronto-socorro.

Foi encontrada uma prevalência de risco nutricional de 25,9% pela NRS-2002 (KONDRUP *et al.*, 2002). Conforme a Tabela 3 e 4 os resultados nos mostram uma porcentagem de desnutrição um pouco menor do que o que nos mostra o estudo multicêntrico BRAINS, estudo nacional realizado por Borghi R *et al.* (2013), que analisou 19.222 pacientes em 110 hospitais pelo Brasil e encontrou um percentual de desnutrição de 24% pela Avaliação Subjetiva Global. Esse mesmo estudo cita que a prevalência global de desnutrição é estimada em 22,8%, variando a depender do local pesquisado. Este valor é inferior à hipótese inicial do estudo, que estimava um risco superior a 40% baseado em dados clássicos como o IBRANUTRI (CORREIA; CAIAFFA; WAITZBERG, 1998). Estudos acerca de pacientes internados em um hospital público do Distrito Federal encontraram 50,85% de risco de desnutrição e 26,27% da amostra apresentava diagnóstico de desnutrição (OLIVEIRA *et al.*, 2024).

Outros estudos como de Moraes *et al.* (2023), e Laty *et al.* (2020), evidenciaram um percentual de desnutrição hospitalar mais alto, atingindo aproximadamente 50% da população avaliada em ambos os estudos.

Um fator que corrobora com os resultados é a transição nutricional ocorrida nas últimas décadas no Brasil, onde a obesidade tem crescido exponencialmente, inclusive em populações hospitalizadas (BRASIL, 2023; ORTIZ *et al.*, 2019). Essa tendência de aumento do sobrepeso e da obesidade vem sendo observada no Brasil, como evidencia o estudo de



Ortiz *et al.* (2019), que encontrou um aumento da média geral de IMC no país de 25,4 kg/m² para 26,3 kg/m². Diferentemente de estudos mais antigos onde a desnutrição energética (baixo peso) era predominante, a população atual chega ao hospital frequentemente com excesso de peso, o que pode mascarar a perda de massa muscular e o risco nutricional na triagem inicial.

Segundo Carneiro *et al.* (2016), o idoso apresenta uma maior prevalência de hospitalização devido a uma série de questões multifatoriais que envolvem sua situação de saúde. Confirmando a literatura estabelecida, os idosos apresentaram piores indicadores nutricionais que os adultos no presente estudo. O envelhecimento natural cursa com anorexia, inflamação e sarcopenia, tornando essa população mais suscetível à desnutrição frente a eventos agudos ou agudização de doenças crônicas. No estudo BRAINS (BORGHI *et al.*, 2013), que também encontrou maior percentual de risco nutricional e desnutrição entre os idosos, evidenciando sua maior suscetibilidade à desnutrição hospitalar devido ao seu estado nutricional e funcional prévio já comprometido.

De acordo com o Vigitel (BRASIL, 2023) o Distrito Federal apresenta uma prevalência entre adultos de 26,1% que referem diagnóstico de hipertensão arterial e 12,1% que referem diagnóstico de diabetes, corroborando com o que foi encontrado no presente estudo. O perfil de internação do pronto socorro estudado também apresenta pacientes não crônicos como pacientes de ortopedia, coluna, cirurgias abdominais como vesícula.

A associação encontrada entre risco nutricional e doenças crônicas (RP 2,6) corrobora a fisiopatologia da desnutrição relacionada à doença (CEDERHOLM *et al.*, 2019). A desnutrição relacionada às doenças crônicas é uma condição observada nos pacientes dentro do contexto hospital. Sua causalidade multifatorial pode ser explicada por um comprometimento na ingestão e assimilação de nutrientes, inflamação aguda ou crônica, alterações no metabolismo com elevação do gasto energético e aumento do catabolismo (LATY, 2020).

5. Conclusão

O presente estudo cumpriu seu objetivo de caracterizar o perfil clínico e nutricional de pacientes admitidos em um serviço de urgência e emergência, revelando um cenário de transição nutricional complexo. Confirmou-se a hipótese de vulnerabilidade etária: os idosos apresentaram frequências significativamente maiores de risco nutricional e desnutrição quando comparados aos adultos, o que justifica o uso de ferramentas com a GLIM-2018 (CEDERHOLM *et al.*, 2019) e a NRS-2002 (KONDRUP *et al.*, 2002) para triagem e diagnóstico de desnutrição, pois essas ferramentas são mais sensíveis para detecção do risco de desnutrição ou mesmo da desnutrição instalada.

É fundamental realizar a triagem nutricional precocemente e classificar a desnutrição dos pacientes com o uso de ferramentas e protocolos adequados. Dessa forma, torna-se essencial usar estratégias preventivas e abordagens nutricionais individualizadas para melhorar o estado nutricional dos pacientes internados no pronto socorro a fim de redução nos índices de desnutrição hospitalar. Recomenda-se a implementação de protocolos que incluam, sempre que possível, a avaliação da perda de massa muscular e da funcionalidade, garantindo que o "efeito protetor" do peso não atrase a terapia nutricional necessária para os pacientes idosos e portadores de doenças crônicas. Além disso é muito importante o desenvolvimento de protocolos para otimizar o trabalho de equipes sobrecarregadas que também consigam identificar de forma mais assertiva as necessidades nutricionais individuais.



Referências

ALVES, C. S. *et al.* Impacto da nutrição na recuperação de pacientes hospitalizados: uma revisão da literatura. **Braspen Journal**, v. 32, n. 4, p. 353-360, 2017. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/10.37111/braspenj.2017.32.4.10/pdf/braspen-32-4-353.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

BORGHI, R. *et al.* Perfil nutricional de pacientes internados no Brasil: análise de 19.222 pacientes (Estudo BRAINS). **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 28, n. 4, p. 255-263, 2013. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/12/01-Estudo-Teorico-da-composicao.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

BOTTONI, A. *et al.* Porque se preocupar com a desnutrição hospitalar?: revisão de literatura. **J. Health. Sci. Inst.**, v. 32, n. 3, p. 314-7, 2014. Disponível em: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/taianacan-items/34088/36859/V32_n3_2014_p314a317.pdf. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf. Acesso em: 15 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa de peso e altura: importância no cuidado nutricional do paciente hospitalizado**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/2009Vol20_4art8estimativapeso.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Validação de métodos para a avaliação nutricional em pacientes hospitalizados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v22_n1_a03_validacao_metodos.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 435-442, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vvGT8DRxG4Z8j5SxDqB5tLQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2025.

CEDERHOLM, T. *et al.* GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. **Clinical Nutrition**, v. 38, n. 1, p. 1–9, 2019.

CHUMLEA, W.C. *et al.* Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. **Journal of American Dietetic Association**, v. 88, n. 5, p. 564-8, 1988.



CHUMLEA, W.C. *et al.* Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 33, n. 2, p. 116-20, 1985.

CORREIA, M. I. T. D.; CAIAFFA, W. T.; WAITZBERG, D. L. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (IBRANUTRI): metodologia do estudo multicêntrico. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 13, n. 1, p. 30-40, 1998.

FILHO, I. E. M. *et al.* Perfil epidemiológico e clínico de pacientes adultos jovens admitidos na sala amarela do centro de trauma do hospital de base do Distrito Federal. **Rev. Cient. Sena Aires.**, v. 8, n. 1, p. 4-15, 2018. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/691/1105>. Acesso em: 10 jun. 2024.

KAMI, A. A. *et al.* Nutrition Risk Screening in Patients Admitted to an Adult Emergency Department of a Brazilian University Hospital. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 32, p. 84-91, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0884533616656339>. Acesso em: 10 jun. 2024.

KONDRUP, J. *et al.* Nutritional Risk Screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. **Clinical Nutrition**, v. 22, n. 3, p. 321-36, 2003.

LATY, B. C. *et al.* Prevalência e prognóstico de desnutrição determinados pelo critério GLIM. **Braspen Journal**, v. 35, n. 1, p. 49-55, 2020. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/10.37111/braspenj.2020351009/pdf/braspen-35-1-49.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2025.

LOHMAN, T. G. *et al.* **Anthropometric Standardization Reference Manual**. Champaign: Human Kinetics Books, 1988.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

MORAES, V. G. *et al.* Prevalência de desnutrição em pacientes internados em hospital público e sua associação com permanência hospitalar e mortalidade. **Revista de Investigação e Extensão em Saúde**, v. 12, n. 1, p. 93-102, 2023. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/2988/1700%E0%BF%B> C. Acesso em: 15 dez. 2025.

OLIVEIRA, M. R. da C. *et al.* Perfil clínico e nutricional de adultos e idosos internados no pronto-socorro de um hospital público do Distrito Federal. **Revista FT**, v. 29, n. 141, dez. 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/perfil-clinico-e-nutricional-de-adultos-e-idosos-internados-no-pronto-socorro-de-um-hospital-publico-do-distrito-federal/>. Acesso em: 14 dez. 2025.

ORTIZ, R. J. F. *et al.* **Tendências de indicadores de peso corporal nas capitais estaduais e no Distrito Federal do Brasil**. Belo Horizonte, 2019. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/items/f71ef234-7b3d-44a5-899f-a1368a6e7950>. Acesso



em: 14 dez. 2024.

PEREIRA, S. R. *et al.* Fatores de risco nutricionais em pacientes hospitalizados: uma abordagem multidisciplinar. **Braspen Journal**, v. 36, n. 1, p. 45-55, 2021. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/10.37111/braspenj.2021.36.1.06/pdf/braspen-36-1-45.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

RODRIGUES, M. A. V. Análise do impacto nutricional em pacientes internados. **Revista de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 23-30, 2022. Disponível em: <https://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1204/1032>. Acesso em: 18 jun. 2024.

TOLEDO, D. O. *et al.* Campanha "Diga não à desnutrição": 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. **Braspen Journal**, v. 33, n. 1, p. 86-100, 2018. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/63e28d4aa9539528341f30a5/pdf/braspen-33-1-86.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

VALENÇA, L. M. ; RESTIVO, P. C. N.; NUNES, M. S. Variação sazonal nos atendimentos de emergência por asma em Gama, Distrito Federal. **J. Bras. Pneumol.**, v. 32, n. 3, p. 284-289, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/kFYBKZqDdP7kSN45BQ9sjdm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. **WHO Technical Report Series 894**. Genebra: WHO, 2000.